14

Ein Fall von Sectio caesarea bei Carcinom der Portio und Vagina.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät

der Königl. Universität Greifswald

am

Freitag, den 13. Oktober 1893

Mittags 12 Uhr

öffentlich vertheidigen wird

Georg Klütz

aus Loitz i. Pomm.

Opponenten:

Herr Dr. med. Franz Martens, z. Z. Einj. Freiw. Arzt.
Herr Dr. med. Hermann Mellendorff, Assistenzarzt d. chir. Poliklinik.
Herr Dr. med. Max Baatz.

Greifswald.
Druck von Julius Abel.
1893.

Digitized by the Internet Archive
in 2018 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30588716

Seiner teuren Mutter

und dem Andenken seines unvergesslichen Vaters

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Während im allgemeinen das Vorkommen von Uteruscarcinomen nicht gerade zu den Seltenheiten gehört, so erregt doch vorliegender Fall, der mir durch die Güte des Herrn Geheimrats Professor Dr. Pernice zwecks einer Dissertation zur Verfügung gestellt wurde, besonderes Interesse, weil die betreffende Patientin wegen Gravidität durch die Sectio caesarea entbunden wurde.

Bevor ich jedoch auf vorliegenden Fall näher eingehe, sei es mir gestattet, erst einige Worte über den Uteruskrebs im allgemeinen und dann über seine Beziehungen zur Schwangerschaft und zur Geburt zu sagen. —

Bekannte Thatsache ist es, dass das Carcinom überhaupt beim weiblichen Geschlecht bedeutend häufiger vorkommt, als beim männlichen, und hierzu trägt besonders das überaus häufige Auftreten des Carcinoms an der Mamma, am Uterus und in der Scheide bei, wo bei schon länger bestehender Krankheit meistenteils keine Abhülfe mehr geschaffen werden kann und die schrecklichen Folgen unausbleiblich sind. Erinnern wir uns an die Blasen-Scheiden- und Scheiden-Mastdarmfisteln und jene Thatsache, die fast bei jedem etwas länger bestehendem Uterus-Carcinom zu constatieren ist, die Compression und Dilatation der Ureteren und die dadurch bedingte Hydronephrose mit all ihren Folgen.

Eine der unheilvollsten und verderblichsten Complicationen des Carcinoms stellt nun meines Erachtens die Gravidität dar.

Glücklicherweise gehört das gleichzeitige Vorkommen von Carcinoma uteri mit Gravidität zu den am seltensten beobachteten Erscheinungen, wie statistische Forschungen oft genug bewiesen haben.

Nach C. H. Stratz's Zusammenstellung kamen an der Berliner Universitäts-Frauenklinik in 10 Jahren von 1876—1886 unter 1034 Carcinomkranken nur 12 Complicationen mit Gravidität vor, also nur 1,16 % sämtlicher Fälle, während bei den in derselben Zeit beobachteten 17832 Geburten nur 7 mal die Diagnose auf Carcinom gestellt werden konnte, also 0,039 %; d. h. auf ca. 10000 Geburten kommen etwa 4, die mit Carcinom compliciert sind.

Der Grund für das seltene Vorkommen von Carcinom mit Gravidität ist wohl vornehmlich darin zu suchen, dass das Carcinom meist erst nach den 40-er Jahren auftritt, in einem Alter, in welchem die Conceptionsfähigkeit nicht mehr allzu häufig zu sein pflegt, da nach Gusserows Angaben Geburten nach dem 38. Lebensjahre immerhin selten sind.

Andrerseits muss man auch wohl annehmen, dass schon bestehender Krebs öfters das Eintreten der Schwangerschaft nicht zustande kommen lässt. — Ueberhaupt kann man nach dem einstimmigen Urteile aller Geburtshelfer und Gynaekologen mit Recht behaupten, dass die Conception nur bei völligem Intactsein der Uterusschleimhaut, welche ja den Nährboden für das befruchtete Ei darbietet, erfolgen kann, es sich also in den Fällen nur um eine nicht weit vorgeschrittene Affection der Vaginalportion oder der Cervix handeln kann. Wenn nun bei dem im Anfang

begriffenen Carcinom die Conception erfolgt ist, so wird durch die erhöhte Säftezufuhr zum Uterus die Krebswucherung und zugleich der Zerfall der neugebildeten Massen so gesteigert, dass das Uebel während der Gravidität rapide Fortschritte macht.

Worin bestehen nun die Gefahren, welche das mütterliche Leben bedrohen bei der Complication mit Gravidität? Ist es ferner überhaupt möglich, dass die Schwangerschaft ihr normales Ende erreichen kann? Beantworten wir die letzte Frage zuerst.

Cohnstein, gestützt auf 134 Fälle, giebt an, dass die Schwangerschaft mehr als doppelt so häufig ihr normales Ende als eine vorzeitige Unterbrechung erfahre. Unter 100 Fällen kam es 68 mal zur Geburt am normalen Schwangerschaftsende, zur spontanen Frühgeburt und zum Abort je 15 mal.

Tritt Gravidität bei erst im Anfangsstadium sich befindendem Carcinom ein, so kann dieselbe ohne erhebliche Nachteile für Mutter und Kind ihr normales Ende erreichen. Es erfolgt eine normale Geburt vornehmlich dann, wenn nur eine Muttermundslippe und zwar besonders dann, wenn die hintere allein krebsig afficiert ist, wie die Statistik beweist. Dabei kann, wie Gusserow anführt, entweder die erkrankte Partie an der Ausdehnung des Muttermundes Anteil nehmen oder das vollständige Verstreichen der gesunden Lippe hinreichend Raum für den Durchtritt des Kopfes geben. Sind dagegen beide Muttermundslippen oder der grössere Teil der Portio vaginalis überhaupt erkrankt — damit kommen wir zur Beantwortung unserer ersten Frage — so kann die Geburt sehr selten spontan von statten gehen, weil der Widerstand, den die festen starren infiltrierten Teile dem vorliegenden Kindsteil entgegen setzen, bei der oft bestehenden Wehen-

schwäche, einer Folge der mit dem Fortschreiten des Carcinoms Hand in Hand einhergehenden Consumption der Kräfte, meistens unüberwindlich und somit eine Dilatation der unteren Gebärmutterabschnitte nicht zu erreichen ist.

Fälle sind bekannt, wo die Frauen, nachdem sie mehrere Tage gekreisst hatten, schliesslich an Erschöpfung unentbunden starben; in anderen seltneren Fällen haben die Wehen, nachdem sie zur rechten Zeit aufgetreten waren, wieder aufgehört, und der tote Foetus wurde längere Zeit im Uterus zurückgehalten (in einem von Menzies beschriebenen Falle bis zum 17. Schwangerschaftsmonat, wo der Tod der Mutter an Peritonitis erfolgte.)

Auch der Blasensprung soll nach Cohnstein ungemein häufig schon sehr frühzeitig eintreten. Dies wird vielleicht durch Rauhigkeiten im Cervicalcanal und nicht durch die Wehenkraft allein verursacht. Natürlich ist der vorzeitige Wasserabfluss als etwas sehr Ungünstiges zu betrachten, einmal weil der vorliegende Kindsteil den Muttermund nicht so gut wie die noch intacte Fruchtblase ausdehnen kann und zweitens, weil dadurch die Prognose für das Kind bei längerer Dauer der Geburt verschlechtert wird. Bestanden schon Schmerzen vor der Geburt, so werden dieselben durch die Geburtsarbeit gesteigert.

Blutungen sind auch keine Seltenheiten bei der Geburt, besonders bei Blumenkohlgewächsen. Scanzoni beobachtete einen Fall, wo die Blutung so heftig war, dass sie durch gar kein Mittel gestillt werden konnte und der Tod der Kreissenden noch vor der Ausschliessung des Kindes erfolgte. Auch sind sehr heftige Blutungen bei Aborten beobachtet worden.

Es kann eben unter solchen Verhältnissen, wo

dem vorliegenden Kindsteil durch die starre Infiltration der Gewebe mit krebsigen Massen, oder was seltener ist, durch die Grösse der Geschwulst, ein mechanisches Hindernis entgegensteht, für gewöhnlich die Geburt nur durch tiefe Einrisse der erkrankten Teile, die bis in das Cavum peritonei gehen können, oder unter vollständiger Zertrümmerung der Krebsmassen vor sich gehen und nur unter grossen Gefahren für das Leben der Mutter und des Kindes beendet werden.

In diesen Fällen tritt der Tod der Mutter, wenn nicht noch rechtzeitig durch operative Eingriffe Hülfe geschaffen wird, sehr häufig infolge von Uterusruptur oder profusen Blutungen, deren Stillung im carcinomatös degenerierten Gewebe oft eine Unmöglichkeit ist, ein, während das kindliche Leben durch die lange Dauer der Geburt sehr gefährdet ist.

Hat die Mutter die Geburt glücklich überstanden, so lauern im Wochenbett auf sie unzählige andere Gefahren: Sehr viele gehen gleich nach der Geburt an Erschöpfung zu Grunde; andere sterben im Verlaufe des Wochenbettes infolge der durch die Zermalmung der Krebsmassen und durch die entstandenen Einrisse bedingten Infection an septischer Peritonitis oder Pyaemie.

Ist dagegen die Geburt leicht und spontan von statten gegangen, ohne dass erhebliche Verletzungen der mütterlichen Weichteile, welche den Infectionserregern leichten Eingang verschaffen, erfolgt sind, so hat man auch andererseits die Frauen sich wieder erholen und erst in längerer oder kürzerer Zeit ihrem Leiden erliegen sehen.

So fand Cohnstein unter 126 Müttern 54, die sich erholten, während 72 den Folgen der Geburt

erlagen. Von 126 Kindern waren 74 tot geboren, resp. bei der Operation zu Grunde gegangen.

Es stimmen die Erfahrungen darüber ziemlich überein. Von den schon oben von C. H. Stratz in den 10 Jahren beobachteten 7 Fällen von Carcinoma uteri mit Gravidität starben, wie er in der Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie anführt, 4 Mütter unmittelbar nach der Geburt, die übrigen an den Folgen derselben; von den Kindern kamen 4 lebend zur Welt. — Chantreuil sah von 60 Frauen 25 an der Geburt und 35 an progressivem Carcinom nach der Geburt zu Grunde gehen.

Bevor ich nun auf die Therapie von Uteruscarcinom bei Complication mit Gravidität, über die vielfach hin und her gestritten wurde, eingehe, sei es mir gestattet, jetzt zunächst unsern Fall, der am 1. Juli d. J. in hiesiger Frauenklinik von Herrn Geheimrat Prof. Dr. Pernice mit Erfolg operiert wurde, mitzuteilen.

Anamnese: Patientin ist das 25jährige Dienstmädchen Franziska Chelminska aus Zrnicki, Kreis Snin, Provinz Posen. Ihre Mutter ist an Typhus gestorben; ob ihr Vater noch lebt, vermag sie nicht anzugeben. Sie selbst hat vor ca. 7—8 Jahren Typhus abdominalis durchgemacht und will sonst nie ernstlich krank gewesen sein. Die Menstruation trat mit 13 Jahren zuerst auf, kehrte regelmässig alle 3 Wochen wieder, dauerte 3—4 Tage und war bald schwach, bald stark.

Patientin ist Mutter von 4 Kindern, zwei Knaben und zwei Mädchen, die teils die Brust nahmen, teils durch die Flasche ernährt wurden. Die drei letzten Male wurde sie in hiesiger Klinik entbunden.

Bei der letzten Entbindung am 27. VII. 92 wurden

schon Veränderungen an der Portio bemerkt. Dieselbe war $2^1/_2$ cm lang, mit alten Narben versehen; stark verdickte Vegetationen konnte man rechts fühlen, die den Verdacht auf carcinomatöse Wucherungen erregten. Deshalb wurde ihr bei der Entlassung geraten und dringend ans Herz gelegt, sich in 6—8 Wochen wieder vorzustellen, um konstatieren zu können, ob die Verdickungen zugenommen hätten. Da sie sich wieder in Dienst begab, so hat sie den ihr erteilten Rat ausser Acht gelassen. Sie concipierte wieder und will ihre letzte Regel am 1. Oktober vorigen Jahres gehabt, die ersten Kindsbewegungen Anfang März wahrgenommen, unsichere Schwangerschaftszeichen überhaupt nicht bemerkt haben. —

Von Weihnachten vorigen Jahres an nun traten 8 Tage lang anhaltende, ziemlich starke Blutungen auf, die sich nach Stillstand von ca. 8 Tagen immer wiederholten. Dieser Zustand dauerte bis zum April d. J. Dann hörten die Blutungen auf, um später nach Verlauf von 3 Wochen sehr stark wieder zu beginnen. Patientin war durch die Blutverluste sehr geschwächt und liess sich deshalb am 29. IV. 93 in die hiesige Universitäts-Frauenklinik von neuem aufnehmen.

Patientin ist eine mittelgrosse Person von starkem Knochenbau, gut entwickelter Muskulatur und mässigem Fettpolster. Ihre Brüste sind gering entwickelt, schlaff und gelappt. Die Warzen sind prominent, der Warzenhof livide verfärbt, Montgomerysche Papillen deutlich wahrzunehmen, auf Druck wird Serum und Colostrum entleert.

Die Masse des Beckens sind folgende:

Diam. spin. 22 cm, Conj. ext. $18^3/_4$ cm,
Diam. crist. 27 cm, Conj. int. geschätzt auf $9^3/_4$ cm.

Das Abdomen der Patientin ist wenig vorgetrieben, der Umfang beträgt in Nabelhöhe 95½ cm, zwischen Nabel und Symphyse 93 cm. und zwischen Nabel und Proc. xiph. 92 cm. Der Nabel ist verstrichen, die Linea alba schwach pigmentiert, es sind alte und neue Striae deutlich zu erkennen. Der Fundus uteri steht etwas über der Mitte zwischen Nabel und Proc. xiph. Der ganze Uterus liegt mehr nach rechts, förmlich auf der rechten Beckenschaufel auf.

Die äussere Betastung des Beckens ergiebt links einen grösseren und resistenteren Teil, den Rücken, der deutlich von links unten nach rechts oben über den Nabel hinaus bei nicht contrahiertem Uterus zu verfolgen ist. Kleine Teile kann man oben rechts deutlich fühlen, bisweilen sogar anschlagen sehen. Ein grosser, runder Teil, der Kopf, steht fest im Beckeneingang. Der Foetalpuls ist links von der Mittellinie, vielleicht 2 Finger breit unter dem Nabel deutlich, in einer Frequenz von 150—160 Schlägen in der Minute, zu hören. Uteringeräusche sind rechts etwas stärker als links wahrzunehmen.

Die äusseren Genitalien sind normal, livide verfärbt, das Frenulum fehlt, Carunculae myrtiformes sind vorhanden. Es besteht bisweilen schleimig blutige Secretion.

Die innere Untersuchung ergiebt folgende Resultate: Der Scheideneingang sowie die Scheide sind weit und aufgelockert, verhältnismässig kurz. Man gelangt mit der Fingerspitze in der Scheidenachse direct auf eine vorspringende harte, vielfach höckerige, zum Teil noch mit tiefen Narben durchzogene Partie, die man mit dem Fingerglied noch ziemlich deutlich umfahren und daher als stark vergrösserte, pilzförmige Portio deuten kann. Es handelt sich um eine carci-

nomatöse Neubildung der Portio, und die Infiltrationen sind von der vorderen Muttermundslippe schon auf den oberen Teil der vorderen und rechten Scheidenwand übergegangen. Es bestehen links und fast in der Mitte zwei tiefere Einziehungen, und ist daher der äussere Muttermund nicht zu erkennen.

Da wegen des Uebergriffes des Carcinoms auf die Scheidenwand eine Heilung der Mutter durch Einleitung der künstlichen Frühgeburt und nachfolgender vaginaler Totalexstirpation des Uterus wegen des mit Sicherheit zu erwartenden Recidivs vollständig ausgeschlossen erscheint, so wird hiervon Abstand genommen, um am rechtzeitigen Ende der Schwangerschaft wenigstens das Kind durch einen Kaiserschnitt am Leben erhalten zu können.

Während ihres weiteren Aufenthaltes in hiesiger Klinik befand sich Patientin im Monat Mai leidlich wohl, im Juni klagte sie ab und zu über Luftmangel und Atembeschwerden. — Vom 19. Juni an erbrach Patientin täglich, und zwar immer nachmittags, am 30. erfolgte früh Erbrechen. —

Gegen 6 Uhr Abends stellten sich die ersten leichten Wehen ein, welche in Zwischenräumen von etwa einer Viertelstunde wiederkehrten, jedesmal aber nur kurze Zeit dauerten. Gegen Mittag des 1. Juli wurden die Wehen häufiger — alle 5 Minuten etwa eine Wehe — und stärker. Bei der innern Untersuchung findet man ein typisches Carcinom, welches das ganze Scheidengewölbe einnimmt. Die Cervix hat sich etwas geöffnet, ist für einen Finger durchgängig, etwa 3 cm lang und von äussert rigider Beschaffenheit. Der touchierende Finger gelangt bis auf den vorliegenden Kopf. Da die Wehen gut sind, ein weiteres Abwarten nicht nur zwecklos, sondern

sogar gefährlich erscheint wegen der damit verbundenen Gefahr einer drohenden Uterusruptur am Ansatz der carcinomatösen Infiltrationen der Cervix, so wird alles für die Ausführung des Kaiserschnittes vorbereitet. —

Operation am 1. Juli nachmittags 2½ Uhr. Nach der üblichen Desinfection und Lagerung der Kreissenden auf den gewöhnlichen Operationstisch beginnt die Operation in Chloroformnarcose. Es wird in der Medianlinie ein Schnitt gemacht, der links vom Nabel beginnt und bis ca. 4 Querfinger breit oberhalb der Symphyse endet. Schichtenweise werden Fascie und Muskeln getrennt. Bei Durchtrennung der letzteren wird bereits das Peritoneum eröffnet. Die Eröffnung wird zwischen zwei Fingern hoch gefasst und in der Ausdehnung des Bauchschnittes durchtrennt. Der Bauchschnitt selbst wird, da er ungenügend lang ist, noch bis etwa 4 cm über den Nabel hinaus verlängert. Durch denselben wird der Uterus vor die Bauchwunde gewälzt. Um ein Vorfallen der Därme zu hindern, wird die Bauchwunde hinter dem Uterus durch eine provisorische Seidennaht geschlossen. Um die Cervix uteri wird ein Gummischlauch lose herumgelegt, der gegebenen Falls eine etwa eintretende Blutung durch festes Zuziehen zum Stehen bringen kann. Der Uterus selbst wird nun vorn in der Medianlinie durch einen etwa 16 cm langen Schnitt eröffnet, welcher nach einander die einzelnen Schichten der Uterusmuskulatur durchtrennt. Die Blutung ist hierbei ziemlich beträchtlich, wird aber durch manuelle Compression der Cervix fast ganz unterdrückt. Es zeigt sich, dass gerade die Ansatzstelle der Placenta getroffen ist. Dieselbe wird rasch abgeschält, die Blase in der linken Seite gesprengt und das gut entwickelte Kind sofort herausgeholt und abgenabelt.

Das Kind, leicht asphyktisch, schreit bald mit kräftiger Stimme und wird darauf einer Wärterin zur weiteren Besorgung übergeben. Der Uterus ist während der Zeit mässig contrahiert, die Placenta und die Eihäute lassen sich vollständig und leicht aus dem Cavum uteri herausholen. Die Dicke der Uteruswand an der vorderen Seite beträgt zwischen 3 u. 4 cm.

Je 1 cm von einander entfernt werden alsdann Seidenligaturen angelegt, welche Peritoneum sowie die ganze Muscularis uteri fassen, oberhalb der Mucosa dagegen aus- und eingestochen werden. Nachdem sämtliche angelegt sind, werden die Fäden unter möglichst genauer Vereinigung des Peritoneums fest verknüpft. Darnach wird die manuelle Compression der Cervix ausgesetzt, die Blutung ist nur sehr gering, der Uterus ziemlich gut contrahiert. Zwischen den 12 oben genannten tiefen Seidennähten werden zur genaueren Vereinigung des Peritonealüberzuges 14 oberflächliche feinere Seidenligaturen gelegt und sofort geknüpft. Die Fäden werden alsdann kurz abgeschnitten und der Uterus nach Entfernung der provisorischen Ligatur in die Bauchhöhle versenkt. Die Bauchhöhle wird mittelst Schwämmen von etwa eingeflossenem Blute gereinigt; es folgt dann Vernähung des Peritoneum parietale durch eine fortlaufende Catgutnaht. Eine ebensolche vereinigt die durchtrennte Fascie. Tiefe und oberflächliche Seidenligaturen vereinigen in möglichst genauer Weise die äusseren Bauchdecken. Es folgt Bestreuung der Wunde mit Jodoform, Verband mit Jodoformgaze, Sublimatwatte, Wickelverband.

Die Narcose war andauernd eine gute, der Puls verhältnismässig kräftig. Die Dauer der Operation betrug alles in allem 35 Minuten. — Kurz nachher

tritt eine leichte Blutung aus der Scheide auf, die durchaus keinen bedrohlichen Charakter hat. Der Uterus ist andauernd gut contrahiert. —

Wochenbett: Der Verlauf des Wochenbettes war ein durchaus zufriedenstellender. Die Pulsfrequenz bewegte sich zwischen 60 und 90 Schlägen in der Minute. Die Temperatur betrug am Abend des Operationstages 37.1, am nächsten Morgen 38.0, abends 38.5, am dritten Tag morgens 38.1 und abends 38.2. Von da ab bis zu dem Tage der Entlassung war die Temperatur stets normal und bewegte sich zwischen 36.2 und 37.8. — In der ersten Nacht schlief Patientin garnicht, doch war das Sensorium stets frei, auch stellte sich für die Folgezeit bald sehr guter Schlaf ein.

Die Respirations- und Circulations-Organe der Wöchnerin zeigten während ihrer Gravidität und auch während des Wochenbettes durchaus normale Verhältnisse. — Von Seiten der Verdauungsorgane sei noch bemerkt, dass Patientin, da bis zum 6. Tag kein Stuhlgang erfolgte, einen Einlauf bekam und darauf einen dünnen Stuhl entleerte. Diese Einläufe wurden dann täglich gemacht und so der Stuhlgang bewirkt. — Die Harnentleerung erfolgte immer spontan. Der Stand des Muttergrundes war am 3. Tag in Nabelhöhe, der Uterus bildete sich normal zurück und war am 18. Tag zur normalen Grösse zurückgekehrt. Die äusseren Geschlechtsteile sind normal, Lochia cruenta und serosa sind sehr wenig vorhanden, doch ist stets etwas wässriger Ausfluss da. Brüste und Brustwarzen, ebenso Haut und Bewegungsorgane sind normal. Es kamen wegen des allgemein guten Befindens im Wochenbette keine besonderen Verordnungen in Anwendung.

Am 6. Tage wurde der Verband gewechselt und

eine eiternde Naht entfernt. Am 10. Tage wurden die Nähte herausgenommen. Die Wunde war per primam geheilt. Am 15. Tage durfte Patientin das Bett verlassen und auch schon wieder feste Nahrung zu sich nehmen; übehaupt ist ihr Befinden abgesehen von dem seit der Operation nicht wesentlich fortgeschrittenen Portiocarcinom ein leidlich gutes, so dass sie am 29. Okt. 1893 nach Greifswald entlassen werden konnte. —

Der geborene Knabe wog 2830 gr. und war 48 cm. lang. Die Kopfdurchmesser sind folgende:

„Diam. bitemp. 7,5 cm.; Diam. bipariet. 9 cm.; Diam. obliqu. Maj. 12 cm.; Diam. obliqu. min 9,5 cm.; Diam. rect. 11 cm.; Kopfumfang betrug 32 cm."

Am 6. Tage fiel die Nabelschnur ab. — Die Ernährungsweise des Kindes geschieht durch die Flasche. Im übrigen ist das Befinden des Kindes ein gutes, so dass es am 12. d. M. nach Greifswald entlassen wird. —

Nach Mitteilung dieses mit gutem Erfolg für Mutter und Kind operierten Falles erübrigt es noch, auf die Therapie bei Carcinoma uteri mit Gravidität näher einzugehen.

Dieselbe muss sich natürlich ganz nach dem Sitz und der Ausdehnung des Carcinoms richten, und ich halte es nun für meine Pflicht, eingehender zu erörtern, dass in diesem vorliegenden Falle der Kaiserschnitt das rationellste Verfahren gewesen ist, und dass man bei keiner anderen Behandlungsweise ein besseres Resultat als das vorliegende erzielt hätte.

Zunächst stehen wir vor der Frage, was sich wohl ereignet hätte, wenn wir die Geburt sich selbst überlassen und der Naturhülfe unbedingtes Vertrauen geschenkt hätten.

Berücksichtigen wir vordem den Schwangerschaftsverlauf bei Krebs der weichen Geburtswege:

In sehr vielen Fällen erreicht die Gravidität überhaupt nicht ihr normales Ende, sondern es tritt, wie schon oben erwähnt, infolge des Reizes, den die carcinomatösen Massen auf den Uterus ausüben, Abortus ein. Derselbe kann auch dadurch zustande kommen, dass die durch die carcinomatöse Degeneration bedingte Affection den Geburtswegen nicht gestattet, sich so zu sagen mit der zunehmenden Schwangerschaft für die Geburt vorzubereiten. Der Krebs nimmt dem unteren Uterinsegment die für die Geburt erforderliche Ausdehnungsfähigkeit, oder es erweicht und verschwärt der Krebs schon in den ersten Schwangerschaftsmonaten, und ein Abort ist die unausbleibliche Folge. Ein solcher Abort führt unter bedeutend grösseren Schmerzen wie gewöhnlich zu stärkeren Blutungen, die den Tod der Patientin herbeiführen können. Werden sie aber überstanden, so entgehen derartige Patienten dennoch nicht dem unabwendbaren Tode der Krebscachexie.

Fragen wir uns, ob in unserem Falle eine normale Geburt per vias naturales hätte zu stande kommen können, so müssen wir nach dem erwähnten Befund (vgl. Anamnese) mit „nein“ antworten. Ein Zuwarten hätte höchstwahrscheinlich der Mutter und dem Kinde das Leben gekostet. —

Obgleich ich nun klargelegt zu haben glaube, dass in vorliegendem Falle ärztliche Kunsthülfe dringend notwendig war, so ist nun noch zu entscheiden, ob gerade die Sectio caesarea die rationellste Operation war.

Ist das bestehende Carcinom nur auf einem Teil der Vaginalportion, auf die vordere oder hintere Lippe, beschränkt, so gelingt es in der Regel leicht, dasselbe zu entfernen. allerdings mit der Gefahr eines darnach auftretenden Abortus.

Schröder empfiehlt die Entfernung des gesamten kranken Gewebes zu jeder Zeit der Schwangerschaft. Schröders Fälle zeigen, dass die Schwangeren die Operation meistens ertragen, ohne dass Abortus darauf folgt. Dies gilt jedoch nur für Erkrankungen, die nicht bis zum innern Muttermund vorgeschritten sind. Dort folgt die Unterbrechung der Schwangerschaft in der Regel.

Muss man von vornherein schon daran denken, dass der Grösse des Eingriffes entsprechend die Schwangere abortieren wird, und kann man hoffen, das Carcinom von Grund aus zu entfernen, so ist die Operation ganz unzweifelhaft das einzig Richtige, und sie muss dann ohne Rücksicht auf die bestehende Schwangerschaft so energisch ausgeführt werden, wie die Ausbreitung des Uebels es verlangt. Ist die Schwangerschaft schon über den 3. Monat hinaus vorgeschritten, sodass der Uterus per vaginam nicht mehr zu exstirpieren ist, so ist es empfohlen, den künstlichen Abort einzuleiten und nach 8—10 Tagen die Exstirpation der zurückgebildeten Uterus per vaginam folgen zu lassen. Olshausen hat dies Verfahren mehrmals eingeschlagen und günstige Erfolge erzielt. -- Spencer Wells entfernte im 6. Schwangerschaftsmonat den Uterus durch Laparatomie mit Glück.

Hat aber die Totalexstirpation des Uterus keine günstige Prognose mehr, so ist es das Beste, abzuwarten und im Interesse der Rettung des Kindes, da das mütterliche Leben doch unrettbar verloren ist, am normalen Ende der Schwangerschaft die Sectio caesarea zu machen. Die Mutter ist möglichst gut zu ernähren. Ferner empfiehlt es sich, doch wenigstens in vielen Fällen, auch während der Schwangerschaft eine palliative Entfernung der gewucherten Massen

vorzunehmen. Für die Mutter werden die ausserordentlich lästigen Symptome (Blutung, Jauchung, Gestank) dadurch gehoben, und die Geburt verläuft, soweit man nach vorliegenden Erfahrungen urteilen kann, wenn es überhaupt dazu kommt, ungefährlicher, so dass die Kranken erst später an den Recidiven des Carcinoms zu Grunde gehen, und für die Kinder werden durch die Erleichterung der Geburt die Chancen ebenfalls gebessert.

An eine Operation des Carcinoms per vaginam war in unserem Falle nun gar nicht zu denken, da dasselbe schon auf die Scheide übergegangen war — es war das Carcinom ja schon bei der vorigen Entbindung in hiesiger Klinik vermutet und Patientin geraten, sich zwecks Sicherstellung der Diagnose und Operation nach 6 Wochen wieder vorzustellen, welchen Rat Patientin ausser Acht liess. — Auch der künstliche Abortus kam völlig ausser Frage wegen der Ausdehnung des Carcinoms, ausserdem befand sich Patientin bei ihrer Rückkehr in die Klinik schon am Anfang des achten Monats.

Der künstliche Abort ist meines Erachtens überhaupt zu verwerfen, weil er vor allen Dingen das Kind tödtet und zur Verlängerung des mütterlichen Lebens in keiner Weise beiträgt.

Wäre das Carcinom nicht schon vom Uterus auf die Vagina übergegangen, so hätte man eventuell die künstliche Frühgeburt inbetracht ziehen können. Doch hätten sich wohl kaum auch bei einer eingeleiteten Frühgeburt, also bei kleinem Kinde, durch Laminariastifte, Jodoformgaze oder eingeführte Pressschwämme die Geburtswege für den Durchgang des Kindes genügend geöffnet, da in den kranken Teilen die Muskelfasern verloren gegangen sind. Manuelle Ausdehnungsversuche wären sicher ebenso vergeblich gewesen.

Betrachten wir nun die Eventualitäten, welche der Anwendung chirurgischer Manipulationen gefolgt wären.

Wozu hätten wohl Incisionen in die Cervix in unserem Falle geführt?

Bei unserem ausgedehnten Carcinom konnte an Incisionen in die Cervix gar nicht gedacht werden. Durch derartige schwere Eingriffe hätte die Mutter leicht an Verblutung und Zertrümmerung des Gewebes zu Grunde gehen können, und auch die Geburt hätte sicherlich keinen Fortgang genommen. Denn nur, wenn der Muttermund überhaupt dilatabel ist, und nur noch nicht die zum Durchtritt der Frucht notwendige Grösse hat, können Incisionen vor schwereren eingreifenden Operationen von Nutzen sein. In unserem Falle hätte sich der Muttermund sicherlich nicht genügend für den Durchtritt des Kindes öffnen können.

Dann kommt noch die Gefahr hinzu, dass die gemachten Schnitte infolge des Wehendruckes in dem starren Gewebe weiter reissen und ein Austreten der Frucht in die Abdominalhöhle begünstigen, welchem ja Mutter und Kind erliegen müssen, wenn nicht wenigstens noch das Kind durch rechtzeitige Laparatomie gerettet wird, da die Mutter doch so wie so verloren ist. —

Macht man ferner die Incisionen bis ins gesunde Gewebe, so muss wiederum die schon in der Einleitung erwähnte Gefahr vor Augen schweben, dass Jauche in die Blutbahn gelangt und die Kreissende unter dem Bilde der Septicaemie zu Grunde geht. Auch müssten derartige Incisionen sehr vorsichtig gemacht werden, damit nicht durch ein „Zu weit“ die Bauchhöhle eröffnet und durch die eindringende Krebsjauche und das Sekret von der Geburt die Kranke an Peritonitis zu Grunde geht.

Es sind also Incisionen als geburtsermöglichende Operation nur dort am Platze, wo der Muttermund dilatabel ist und die weichen Geburtswege nicht durch Carcinomnenbildung derartig versperrt sind, dass nach erfolgten Incisionen noch andere schwerere Operationen wie die Extraction mit der Zange, die Wendung, die Perforation erforderlich erscheinen.

Also auch die Incisionen hätten in unserem Falle keinen Nutzen gehabt und wahrscheinlich Tod von Mutter und Kind herbeigeführt.

Noch mehr Unheil hätte man wohl von einer Anlegung der Zange erwarten können, wozu ja überhaupt die Indikationen fehlten.

In den von Cohnstein gesammelten Fällen wurde allerdings (von der Complikation mit den Incisionen abstrahiert) 5 mal die Zange angelegt. Meistens waren bei ihrer Anwendung für Mutter und Kind günstige Resultate erzielt, doch nur in den Fällen, wo die carcinomatöse Degeneration keine erhebliche war, der Muttermund ziemlich weit geöffnet und die Teile bis zu einem gewissen Grade nachgiebig waren. Ihre Anwendung war in einzelnen Fällen erfolglos mit und ohne Incisionen, und es musste zur Kephalotripsie geschritten werden.

Auch die Wendung konnte in unserem Falle garnicht in Erwägung kommen, da man ja in den Uterus nicht hinein konnte, auch Incisionen wohl kaum von der Ausdehnung für den Durchtritt des Kindes ohne Lebensgefahr für die Mutter oder sagen wir, ohne den Tod der Mutter herbeizuführen, gemacht werden konnten.

Ebensowenig Nutzen hätte für die Mutter die Perforation des Kindes gebracht. Treffend sagt Professor Spiegelberg:

„Aber auch wenn die ganze Vagina von Krebsmasse erfüllt ist, und diese dem Kinde den Weg versperrt, ist die Perforation desselben gewiss die schlechteste Hülfe. Kann der Kindskopf überhaupt noch durchs Becken geführt werden, so wird er es gleichgut können, mag sein Kopf zerstückelt sein oder nicht; in beiden Fällen wird die Krebsmasse vielfach zertrümmert und zerrissen, der Tod der Mutter beschleunigt werden, aber in letzterem Falle wird doch wenigstens das kindliche Leben erhalten bleiben."

Da nun die Perforation auf jeden Fall das Leben des Kindes opfert, und die Mutter ohnehin dem nahen Tode verfallen ist, so ist man wohl berechtigt, sie als eine grausame Operation zu verwerfen. — Dieselbe wäre hier in unserem Falle wegen des starren Uteruscarcinoms nicht durchzuführen gewesen, oder es hätten die schon oben verworfenen Incisionen gemacht werden müssen und es würden vielleicht trotzdem noch die mütterlichen Weichteile tötlich verletzt worden sein.

Wie wenig segenbringend diese Perforation ist, beweisen Cohnsteins Worte:

„Perforation und Embryotomie zerstören das Leben des Kindes, ohne der Mutter Vorteil zu bringen. Denn von 6 Müttern, bei welchen diese Operationen vorgenommen worden sind, starben 2 infolge Uterusruptur, eine unentbunden während der sehr mühsamen Opetion, eine im Wochenbett."

Es war also auch in unserem Falle nichts von einer Perforation zu erwarten.

Somit glaube ich nun klar gelegt zu haben, dass sowohl, wenn man die Geburt sich selbst überlassen, als auch bei operativen Eingriffen, wie ich sie bisher erwähnt habe, Mutter und Kind dem Tode verfallen wären.

Demnach war hier zweifelsohne der Kaiserschnitt indiciert, weil man von demselben, wenigstens sehr wahrscheinlich, die Erhaltung des kindlichen Lebens erwarten durfte und die des mütterlichen keineswegs ausgeschlossen war!

Ist allerdings das Kind schon, bevor man zur Operation schreitet, abgestorben, vielleicht durch zu langes Zuwarten, so könnte man vielleicht per vaginam mit Fingern, scharfem Löffel, Glühschlinge oder im Nothfall auch mit schneidenden Instrumenten von der Neubildung soviel wegschaffen, dass das tote Kind, wenn auch nicht durch Zange oder Wendung, wegen der grossen Gefahr weiterer Einrisse des Krebsgewebes und einer Uterusruptur für die Mutter, so doch durch Embryotomie herausbefördert würde.

Lebt jedoch das Kind, so hat der Arzt, wenn dasselbe eben nicht spontan geboren werden kann, die Wahl zwischen Perforation und Kaiserschnitt.

Früher waren die Sterblichkeitsverhältnisse nach diesen Operationen derart, dass nach dem Kaiserschnitt 85 %, nach der Perforation 22 % der Mütter starben.

Es musste also die Mutter mit der grössten Wahrscheinlichkeit sterben und das Kind blieb mit der Wahrscheinlichkeit von 50 : 100 am Leben.

Das waren trostlose Verhältnisse, die sich in den letzten Jahren zum Glück für die leidenden Frauen geändert haben. Die Mortalität des Kaiserschnittes mit Uterusnaht beträgt nach der neusten Statistik bei bedingter Indication, die allein mit der Perforation verglichen werden kann, für die Mutter 10,6 %, für die Kinder 0 %, bei der Perforation für die Mütter 6,6 %, für die Kinder 100 %.

Wenn man die vom sichern Untergang geretteten Menschenleben zählen wollte, so wäsren dies bei 100 Kaiserschnitten 190, bei 100 Perforationen 94.

Dem Kaiserschnitt muss bei lebenden Kindern im Prinzip der Vorzug eingeräumt werden, trotzdem auch jetzt noch der Eingriff und seine Folgen in bezug auf die Mortalität und andere Dinge ungünstiger ist als die Perforation.

Auch in unserem vorliegenden Falle war der Kaiserschnitt wegen des Carcinoms durchaus indiciert, weil sich nicht so viel Platz schaffen liess, dass die Extraction durch Zange oder Wendung ohne zu grosse Schwierigkeiten vor sich ging.

Von den von Cohnstein gesammelten 126 Fällen von Carcinom mit Gravidität liegt mir eine Tabelle in einer Dissertation von Bechmann (Kaiserschnitt bei Carc. uteri. Erlangen 1876) vor, worin allerdings die leichteren Fälle, die sich nur auf Erkrankung einer Muttermundslippe beschränken, übergangen sind. Bechmann führt 80 Fälle an, von denen nur 12 Kinder und 14 Mütter am Leben geblieben sind, während 65 Kinder totgeboren und 66 Mütter teils vor, teils in ganz kurzer Zeit nach der Geburt gestorben sind.

Unter den Operationen, die zur Ausführung kamen, zeigt der Kaiserschnitt das beste Resultat; 4 mal kam er zur Anwendung und 3 mal mit günstigem Erfolg.

Die übrigen Operationen sind sämtlich für Mutter und Kind weit ungünstiger verlaufen.

Es erübrigt nun noch, darauf einzugehen, warum in dem vorliegenden Falle von Carcinom mit Gravidität nicht gleich im Anschluss an die Sectio caesarea die Wegnahme des Uterus gemacht wurde.

Die Porro'sche Operation kam natürlich ganz in

Wegfall, da eine Entfernung des Gebärmutterkörpers mit Versenkung des Stiels das Portio- und Scheidencarcinom nicht beseitigt hätte. Es hätte sich eventuell nur um Hinwegnahme des ganzen Uterus handeln können.

Pozzi sagt in seinem Lehrbuch über klinische und operative Gynaekologie:

„Wenn bei sehr grossem Volumen des Uterus die Cervix selbst erkrankt ist, so genügt die supravaginale Hysterectomie nicht mehr, sondern in diesem Falle macht man die totale abdominale Exstirpation d. h. die Freund'sche Operation." Diese Totalexstirpation ist übrigens eine der gefährlichsten Operationen. Die Statistik von Hegar und Kaltenbach von 1881 umfasste 93 Operationen mit 63 Todesfällen, also eine Mortalität von 71 %. Die Auflage von 1886 brachte von 119 Operationen 80 Todesfälle (67,2 %). Die vorgenannten Autoren kennen jedoch nur einen einzigen, dauernd geheilten Fall (1878 durch Freund selbst operiert). In jedem weiter verfolgten Falle erfolgte nach längerer oder kürzerer Zeit ein Recidiv.

Diese letzte Freund'sche Operation wurde in unserem Falle deshalb nicht in Anwendung gebracht, weil das Carcinom schon zu weit auf die Scheide übergegriffen hatte und einen so grossen Eingriff die Patientin wohl kaum überstanden hätte.

Aus allen diesen klargelegten Gründen wurde es für das beste erachtet, die Schwangere durch den conservativen Kaiserschnitt zu entbinden und sie mit ihrem Carcinom ihrem Schicksal zu überlassen.

Zum Schluss will ich noch erwähnen, dass ich Gelegenheit hatte, die Patientin, die sich nach ihrer Entlassung aus der Klinik in das hiesige Armenhaus begab und später einen Dienst in der Stadt bekam,

am 15. Sept., also $2^1/_2$ Monat nach der Operation, zu untersuchen und der Befund dabei folgender war:

Patientin, die während ihrer Gravidität ein sehr cachectisches Aussehen zeigte, hat sich wunderbar erholt, ist bei gutem Appetit und kann selbst die schwerste Arbeit verrichten. Die Operationswunde ist gut geheilt, Patientin trägt zur Verhütung eines Bauchbruches eine Leibbinde. Das bestehende Carcinom ist seit der Operation nicht weiter vorgeschritten, es macht eher den Eindruck, als wenn es sich etwas zurückgebildet haben könnte. Doch liegt dies wohl nur daran, dass bei dem schweren schwangeren Uterus die Scheidewände nach vorn gewölbt waren und die Neubildung grösser erscheinen liessen, während der Uterus jetzt vollkommen zur Norm zurückgekehrt ist und somit das Carcinom mit zurückgezogen hat. Ob Patientin ihre Regel schon wiederbekommen, lässt sich schwer entscheiden, da häufig Blutungen auftreten, die von dem Carcinom herrühren können. An eine Operation des Carcinoms ist wegen des weiten Übergriffes auf die Scheide auch jetzt nicht zu denken, und somit ist für die Patientin im nächsten oder den nächsten Jahren der Tod unausbleiblich.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Pernice für die Überlassung dieses interessanten Falles zwecks einer Dissertation sowie für die gütige Durchsicht der Arbeit meinen aufrichtigen Dank auszusprechen.

Litteratur.

Zweifel: Lehrbuch der Geburtshülfe.

Schröder: Lehrbuch der Geburtshülfe.

Pozzi: Lehrbuch über klinische und operative Gynaekologie.

Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie. Band XII.

Cohnstein: Archiv für Geburtshülfe. Band V.

Schäfer: Zur Casuistik der Sectio caesarea bei Carcinom der weichen Geburtswege. Diss. Breslau 1876.

Ruttledge: Ueber die Complication der Schwangerschaft und Geburt mit Gebärmutterkrebs. Diss. Berlin 1876.

Bechmann: Kaiserschnitt wegen carcinoma uteri. Diss. Erlangen 1876.

Helbig: Ein Fall einer Complication von carcinoma uteri mit Gravidität. Diss. Greifswald 1889.

Lebenslauf.

Ich, Gustav Georg Klütz, evangelischer Confession, wurde am 23. März 1867 zu Gützkow i. P. als ältester Sohn des später in Loitz i. P. verstorbenen Apothekenbesitzers Wilhelm Klütz und seiner Ehefrau Pauline, geb. Malmèn geboren. Meinen ersten Schulunterricht genoss ich im Elternhause, besuchte später nach der Uebersiedelung meiner Eltern nach Loitz die dortige höhere Bürgerschule und erhielt ausserdem Privatstunden in Sprachen etc. Nach Absolvierung der Schule in Loitz wurde ich Ostern 1882 in die Untertertia des kgl. Gymnasiums zu Demmin aufgenommen, das ich nach 6 Jahren, also Ostern 1888 mit dem Zeugnis der Reife verliess.

Um mich dem Studium der Medicin zu widmen, bezog ich zunächst Ostern 1888 die Universität Freiburg i. B., kam Michaelis 1888 nach Greifswald, wo ich im Sommer-Semester 1890 in der 12. Comp. Inf.-Regts. Prinz Moritz v. Anhalt-Dessau, 5. Pom. Nr. 42 meiner Militärpflicht genügte und am 10. März 1891 das Tentamen physicum bestand. Im Sommer-Semester 1891 studierte ich in München, ging Michaelis 1891 naeh Berlin und kehrte Michaelis 1892 nach Greifswald zurück, wo ich am 1. August 1893 das Tentamen medicum und am 4. August das Examen rigorosum bestand.

Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Docenten:

Ballowitz, Bauer, Baumann, Gerhardt, Gerstäcker, Grawitz, Guttmann, Güterbock, Heidenhain, Helferich, Henoch, Hoffmann, Holtz, Jolly, Krabler, Landois, Lassar, Limpricht, Mosler, Olshausen, Peiper, Pernice, v. Preuschen, v. Ranke, Schirmer, Schmitz, Schulz, Solger, Sommer, Stöwer, Strübing, Wiedersheim, Winter.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser an dieser Stelle seinen aufrichtigsten Dank aus. Zu besonderem Danke fühlt er sich verpflichtet, den Herren Geheimräten Prof. Dr. Mosler und Prof. Dr. Pernice, an deren Kliniken er als Volontär thätig sein durfte.

Thesen.

I.

Bei Gravidität, compliciert mit inoperablem Uterus-Carcinom, ist dem Kaiserschnitt vor andren Operationen der Vorzug einzuräumen.

II.

Bei eklamptischen Anfällen während der Geburt ist die tiefe Chloroformnarkose indiciert.

III.

Das beste Schutzmittel gegen das Weitergreifen der Tuberkulose in der Bevölkerung ist die Vernichtung der Sputa Tuberkulöser.